

健康診断書

下記項目について担当医にご記入いただき、ご提出ください。

ヒューマンライフケア立川の宿 宛

フリガナ				性別	生年月日								
ご氏名				男・女	M・T・S	年	月	日	歳				
身長	cm	体重	kg	血液型	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB					
血圧	/ mmHg	脈拍	回/分	日常生活 自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
血液検査	測定値			認知症	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
	血糖			認知症の診断 (なし・あり)									
	GOT			認知症と診断された時期 年 月頃									
	GPT			<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管型 <input type="checkbox"/> レビー小体型									
	γ-GTP			<input type="checkbox"/> 前頭葉側頭葉型 <input type="checkbox"/> その他()									
	赤血球			認知症状									
	白血球												
	ヘモグロビン												
	ヘマトクリット												
	尿素窒素												
	クレアチニン												
アルブミン													
感染症	結核の既往	有・無		既往歴									
	B型肝炎 HBs 抗原	陽性・陰性											
	B型肝炎 HBs 抗体	陽性・陰性											
	C型肝炎 HCV 抗体	陽性・陰性											
	MRSA	+・-											
	梅毒	陽性・陰性											
	疥癬	有・無											
胸部X線	異常所見 (なし・あり)			処方薬									
	診断名及び診療状況をご記入ください												
心電図	異常所見 (なし・あり)			視力障害	なし・あり ()								
	診断名及び診療状況をご記入ください			聴力障害	なし・あり ()								
				言語障害	なし・あり ()								
				尿検査 測定値	糖 ()	潜血 ()							
					蛋白 ()	ケトン ()							
集団生活の適否	適応 ・ 否適応												
総合所見	ご入居に際しての諸注意をご記入ください												

上記の通り診断します

令和 年 月 日 医療機関名
所在地
連絡先
医師名